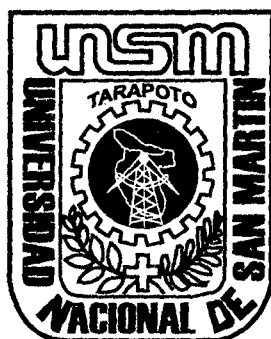


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**Escuela Profesional de Obstetricia**



***"Características y Riesgo Obstétrico en  
Adolescentes Atendidas en el Centro  
Materno Perinatal - Tarapoto  
Abril 2000 - Marzo 2001"***

**TESIS:**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
OBSTETRIZ**

**TESISTA:**

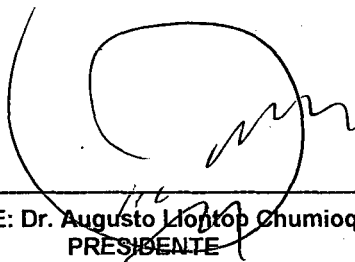
**Bach. Lilia Antonieta Gonzales Flores**

**ASESORA:**

**Obst. Mg. Marina Huamantumba Palomino**

**TARAPOTO - PERÚ  
2,001**

# JURADO CALIFICADOR



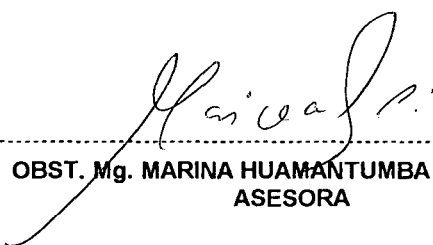
NOMBRE: Dr. Augusto Llohtop Chumioque  
PRESIDENTE



NOMBRE: Obst. Gabriela Palomino A.  
MIEMBRO



NOMBRE: Obst. Juan C. Herrera V.  
MIEMBRO



OBST. Mg. MARINA HUAMANTUMBA PALOMINO.  
ASESORA

# DEDICATORIA

A mis queridos padres

**JOSE y EGNITH**

quienes me inculcaron el espíritu de estudio y superación; por su gran apoyo moral y económico a través del tiempo, que permitió la culminación de mi carrera profesional y el logro de mis ideales.

Con afecto y gratitud a mis queridos hermanos : **GABRIEL y ALICIA** , por su confianza y ayuda para lograr uno de mis más caros anhelos.

# AGRADECIMIENTO

- ♦ A Dios por todas las formas en las que **tú** me has ayudado y has intervenido en mi favor, por hacerte presente en todos los momentos de mi vida.
- ♦ A mi asesora :
  - **Obst. Mg. MARINA HUAMANTUMBA PALOMINO.**Por su valiosa colaboración y desinteresado apoyo en la elaboración del presente trabajo.
- ♦ A los Docentes de la Facultad Ciencias de la Salud – Escuela Profesional de Obstetricia cuyas enseñanzas asimilamos y pusimos en práctica durante nuestra formación profesional .
- ♦ A la **Obst. GABRIELA PALOMINO ALVARADO** por su amistad y apoyo incondicional en la elaboración del presente trabajo.
- ♦ A todas las personas del Servicio de Estadística e Informática del Centro Materno Perinatal y en especial agradecimiento al Señor : **ALFONSO CHUNG GARCIA**, quien me brindo su apoyo incondicional .
- ♦ A mi fiel e inseparable amiga : **MILAGROS DEL AGUILA PANDURO**, por su apoyo y la confianza que mutuamente nos damos.
- ♦ A **ROQUE AMASIFUÉN GONZALES** , por su amistad y ayuda desinteresada.

# INDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	03
AGRADECIMIENTO.....	04
RESUMEN.....	06
I.- INTRODUCCIÓN.....	07
II.- OBJETIVOS.....	11
III.- MARCO TEORICO.....	12
IV.- HIPÓTESIS.....	22
V.- MATERIALES Y METODOS.....	23
VI.- RESULTADOS.....	26
VII.- DISCUSIÓN.....	40
VIII.- CONCLUSIONES.....	47
IX.- RECOMENDACIONES.....	49
X.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	51
XI.- ANEXOS.....	56

## RESUMEN

Se realizó un estudio epidemiológico de descripción analítica de corte transversal, con el objeto de determinar cuales son las características y riesgos de las adolescentes nulípara  $\leq$  de 19 años, atendidas en el Centro Materno Perinatal Tarapoto, en el periodo Abril 2000 – Marzo 2001.

Se utilizó la información que se encuentran en el Banco de Datos del Sistema Informático Perinatal de los partos ocurridos en adolescentes nulíparas donde se consignó todo lo correspondiente a la madre, parto, puerperio y del neonato, la base, el ingreso de los datos y análisis se efectuó utilizando el software Epi info 6.04.

Se registró un total de 1708 partos de los cuales 508 eran adolescentes (29.7%), 1096 oscilaban entre 20-35 años (64.2%) y 104 mayores de 35 años (6.1%). De esta población adolescentes el 60% fueron nulípara (305 casos), observándose que el 25% no tuvo CPN. Las variables con significancia estadística fueron el estado civil y el CPN ( $p < 0.05$ ).

La presencia de patología obstétrica se presentó en el 52.5% del grupo adolescente, cifra inferior al grupo de gestantes en edad adecuada (58%), no existiendo efecto de riesgo de presentar complicaciones en la adolescente ( $RR=0.91$ ;  $p < 0.05$ ).

Los factores maternos asociados a Complicaciones Obstétricas en las gestantes nulíparas adolescentes ( $p < 0.05$ ) fueron:

- Estado Civil ( $RR=1.29$ )

- CPN inadecuado (RR=1.26)

El riesgo de presentar patologías maternas por la edad resultaron ser:

- Oligoamnios (RR=1.39)
- Anemia (RR=1.11)

Los factores del recién nacido con mayor fuerza de asociación ( $p < 0.05$ ) presentes por la edad de la paciente son :

- Parto pretérmino (RR=1.08)

El riesgo de presentar patologías neonatales por la edad de la paciente, fueron:

- Defectos congénitos (RR=1.39)
- Hipoglicemia (RR=1.39)

No se encontró riesgo entre la variable Gestante nulípara adolescente y la mortalidad perinatal.

Se encontró una tasa de mortalidad perinatal – I de 3.3 x 1,000 n.v. en las adolescentes y 19.1 x 1,000 n.v. en las madres de edad adecuada.

## I.- INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia, es un problema mundial de Salud, incluye muchas veces, aunque en distintas proporciones y con características diferentes, tanto a los países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo<sup>(11,27)</sup>.

En el mundo ocurre anualmente 15 millones de partos en adolescentes, el 80% de los cuales se produce en países en vías de desarrollo. Casi 600,000 mujeres del mundo muere por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio todos los años. El riesgo de morir que la mujer tiene a lo largo de su vida por complicaciones del embarazo o durante el parto equivale a 1 de cada 48 casos en los países menos desarrollados en comparación con la relación de 1 cada 1800 casos en el mundo desarrollado <sup>(6,7,9,14)</sup>.

En países Latinoamericanos el embarazo en adolescentes varia de 10 – 20%, así tenemos : Chile (16%); Colombia (10%); Cuba (11.9%); Venezuela (11.8%). En América Latina y el Caribe el 20%; de embarazos en adolescentes termina en aborto, de los 20 países del mundo, con promedio más elevado de muerte por aborto 14 son latinoamericanos <sup>(16,19,33,34)</sup>.

En el Perú el problema también es serio, considerándose según datos del Instituto Nacional de Planificación, que el 10% de los nacimientos ocurre en mujeres menores de 18 años<sup>(11,18)</sup> De acuerdo al último Censo



Nacional de Población y Vivienda de 1996, el 13% de las mujeres de 15 – 19 años de edad son madres o están gestando por primera vez. Esta proporción es relativamente baja entre los 15 – 16 años. Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se presenta en aquellas sin educación 56% y entre aquellos que residen en la Selva el 31%, en el área rural el 26% y en los departamentos de Amazonas y Madre de Dios el 28% y Loreto 29%, en Ucayali el 33% y en Lima Metropolitana dicha proporción es del 8%<sup>(10)</sup>.

En la Región de San Martín el 30% de las mujeres de 15 – 19 años de edad ya dieron a luz o están gestando por primera vez, el 19% viven en el área urbana, mientras que en el área rural la proporción es 2 veces mayor (48%), con educación primaria 52%; con educación secundaria 25.9 %<sup>(10)</sup>.

La DIRES – San Martín reporta el número de gestantes adolescentes atendidos en el año 1999 (5 692), en el año 2000 (5 186). El Centro Materno Perinatal reporta 185 madres menores de 20 años con patología en el año 2000, siendo las causas principales : Infección del Tracto Urinario (30.6%), Anemia en Embarazo – Parto (28%), parto prematuro (6.1%) y Rotura prematura de membranas (5.7%).

Los estadísticos de diversas fuentes revelan que respecto al embarazo, los adolescentes tienen con mayor frecuencia problemas médicos en general y obstétricos en particular que los adultos. Las complicaciones del embarazo, parto y aborto en condiciones riesgosas son las principales

causas de defunciones entre los jóvenes de 15 – 19 años en los países menos desarrollados<sup>(14)</sup>. El riesgo de defunción durante el primer año de vida es 1.5 veces mayor para los bebés de madres de 20 años que para aquellos cuyas madres tienen entre 20 – 29 años<sup>(19,34)</sup>. El embarazo en adolescentes es un hecho que observamos con más frecuencia y se debe diseñar lineamientos de política de salud que contribuyan a identificar complicaciones obstétricas para mejorar y/o disminuir estas complicaciones actuando en forma oportuna (diagnóstico precoz y tratamiento adecuado).

El propósito del presente trabajo es identificar las características y riesgo obstétrico en el embarazo, parto, y puerperio en adolescentes nulíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal – Tarapoto – periodo Abril 2000 – Marzo 2001, con la finalidad de reconocer sus problemas y a mejorar la calidad de vida .

## **II.- OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL:**

Determinar las características y riesgos de las adolescentes nulípara  $\leq$  de 19 años atendidas en el Centro Materno Perinatal – Tarapoto, durante el período Abril - 2000 a Marzo 2001

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

2.3.2.1 Determinar la frecuencia materna de la adolescente nulípara  
(Pre-concepcional, concepcional, del parto y puerperio)

2.3.2.2 Determinar la frecuencia de las características neonatales.

2.3.2.3 Determinar el riesgo relativo de los factores maternos y neonatales.

### III. MARCO TEORICO

#### 3.1. Antecedentes :

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo "CIPD" y la IV Conferencia de la Mujer celebrada en Beijing en 1995 (Plataforma de Beijing), de los 15 millones de jóvenes adolescentes de 15 – 19 años que dan a luz todos los años, 13 millones viven en países menos desarrollados, el 33% de las mujeres tienen hijos antes de cumplir los 20 años, lo cual oscila un 8% en Asia Oriental, 55% en Africa Occidental. En los países más desarrollados alrededor del 10% de las mujeres dan a luz antes de los 20 años y eso trae serias consecuencias de salud derivadas al embarazo<sup>(11,17,19)</sup>.

En los Estados Unidos de Norte América resultaron embarazadas cerca de un millón de adolescentes entre 15 – 19 años y más de 30 000 antes de 15 años; se ha estimado que 1 de cada 10 niñas Estadounidenses de 15 a 19 años se embarazan y que el 95% de estos embarazos no son deseados<sup>(10,17,31)</sup>.

En países Latinoamericanos los adolescentes de 10 – 19 años para República Dominicana es de (10.4%); Brasil (12.9%); Uruguay (14.6%)<sup>(10,11,18)</sup>.

En el Perú el 20% de madres tienen de 15 – 19 años, datos recientes sugieren que la proporción de embarazos en los adolescentes de 15 – 19

años han alcanzado un punto de inflexión ya que hubo un 2% de disminución en 1992, comparando con las tendencias anteriores<sup>(35)</sup>.

Según la revista de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (1995) en un estudio realizado por SALVADOR Y MARADIEGUE (1992 – 1994) realizó un estudio con el objeto de determinar las características y riesgos de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, reporta lo siguiente : con unión no estable (28.3%); unión estable (71.6%); alfabeta (92.5%); encontró en lo que respecta a Control Prenatal de 0 – 3 controles (52.8%);  $\geq 4$  controles (45.6%)<sup>(34)</sup>.

Entre sus principales complicaciones fueron: Ruptura Prematura de Membranas (11.1%); Pre Eclampsia (10.1%); Eclampsia (0.7%); ITU (4.4%); Hemorragia 1er Trimestre (1.1%); Retardo de Crecimiento Intrauterino (0.8%). Se observó un incremento significativo de la Enfermedad Hipertensiva de la Gestación en especial de la Eclampsia en los adolescentes tempranos. Con respecto a otras complicaciones del embarazo, no se encontró diferencia significativa, pero refiere que las complicaciones médicas son más peligrosos en organismos que aún no han completado su desarrollo. Cabe recalcar que entre los factores neonatales encontrados, no se encontró significancia estadística en relación al grupo de neonatos de madres entre 20 – 35 años de edad <sup>(34,6)</sup>.

La población de adolescentes embarazadas sufren mayor número de complicaciones obstétricas que la población de embarazadas adultas, tales como toxemia, eclampsia, incompatibilidad céfalo – pélvica y parto

prolongado. Sin embargo estudios controlados han demostrado que el riesgo de complicaciones se debe a factores distintos de la edad, como son la pobreza y la atención médica escasa o nula<sup>(34)</sup>. Los riesgos que corre el recién nacido parecen relacionarse además con factores biológicos, la prematuridad, así como el bajo peso al nacer es mucho más frecuente entre las madres adolescentes<sup>(11,6)</sup>.

Según la revista GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (1999) en un trabajo realizado por TAY Y COLS (1992 – 1993), en su trabajo titulado “Embarazo en Adolescentes : Complicaciones Obstétricas, realizado en el Hospital de Apoyo III Sullana – Piura”, encontró diferencia altamente significativa en las complicaciones obstétricas asociadas a adolescentes : desgarro perineal (4.6%), incompatibilidad cefalo – pélvica ( 3.5%), presentación podálica (6.2%), pre-eclampsia (8.9%), sufrimiento fetal agudo (8.5%), aborto (7.7%), infección de vías urinarias (4%) y anemia (7.1%)<sup>(35)</sup>.

GARCIA (1992) en su trabajo realizado “Gestación en Primíparas Adolescentes; Hospital de Apoyo II – IPSS – Tarapoto”, reportó que la incidencia de morbilidad obstétrica intra parto fue 29.52% de los cuales el 93.5% presentó una complicación y el 6.5% presentó dos. Las patologías obstétricas más frecuentes durante el embarazo fueron la prematuridad (10%); ruptura prematura de membrana (7.14%) y toxemia (6.19%), así mismo reporta patologías intra parto en sufrimiento fetal (13.33%), circular simple de cordón umbilical (12.86%), incompatibilidad

cefalo – pélvica (7.14%), en post parto encontró : infección de herida operatoria (33.33%), endometritis post cesárea (23.81%), endometritis post parto vaginal (6.88%), infecciones (TBC, ITU, EIP) (36.5%) y toxemia (28%)(9,13).

BAZAN (1994) en su trabajo realizado “Gestación en mujeres menores de 19 años en el Hospital I – Integrado IPSS- Moyobamba”, refiere que el número de patologías que presentaron las pacientes fluctúan entre cero y cuatro. Ninguno (6.9%), una (43.33%), dos (35%) y más (14.8%)(4).

Las entidades más frecuentes en complicaciones fueron en pre parto: pelvis estrecha (68.5%), feto en podálica (36.5%), toxemia (28.5%); en intra parto encontró : sufrimiento fetal agudo (29.2%); periodo expulsivo prolongado (13.5%); hipodinamia uterina (11.1%), en post parto : endometritis (30.3%), dehiscencia e infección de episiotomía (22.5%), infección del tracto urinario (16.2%)(4).

### 3.2. Bases Teóricas :

ADOLESCENCIA. La organización Mundial de la Salud define a toda persona comprendida entre los 10 y 19 años. El grupo más joven, los de 10 a 15 años son considerados como “adolescentes tempranos” y los de 16 a 19 años como “adolescentes tardíos”(18,19,31).

En esta etapa el individuo progresa de la aparición inicial de las características sexuales secundarias hacia la completa madurez sexual.

Los procesos psicológicos y modos de identificación del individuo pasan de aquellos propios de la niñez a aquellos que caracterizan a un adulto. Hay transición de un estado de total dependencia (económica, emocional y social) a un estado de relativa independencia<sup>(26,31)</sup>

**RIESGO.** Es la probabilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño<sup>(5,28)</sup>.

**DAÑO.** Es el impacto que ocasiona la presencia del riesgo y depende del tipo y la gravedad del factor para dar origen a diversas modalidades (morbilidad, mortalidad, bajo peso al nacer) en función a los daños se analizarán cuáles son los factores que se le asocia <sup>(5,31)</sup>.

**FACTORES DE RIESGO.** Es la característica o atributo cuya presencia se asocia con un aumento de probabilidad de padecer el daño, ejemplo la desnutrición en la gestante condiciona entre otras, niños de bajo peso al nacer, anemia materna; por lo tanto, la mal nutrición es un factor de riesgo que se asocia a patologías tanto materna como neonatales, resulta así ser un factor asociado que aumenta la probabilidad del daño <sup>(5)</sup>.

**RIESGO RELATIVO.** Es un instrumento muy útil que mide el exceso de riesgo para un daño dado entre las personas expuestas al factor de riesgo, comparado con las que no están expuestas a dicho factor. El riesgo



relativo mide la diferencia por cociente entre la probabilidad de padecer el daño que tienen los expuestos al factor del riesgo (P1) y los no expuestos (P2)<sup>(31)</sup>.

**CONTROL PRE NATAL (CPN).** Es la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza <sup>(17,30)</sup>.

**PARIDAD.** Es el número de partos<sup>(5)</sup>.

**PATOLOGÍA MATERNA.** Manifestaciones estructurales y funcionales de enfermedad durante el embarazo, parto y puerperio.

**RPM.** Rotura espontánea del saco corioamniótico después de las 20 semanas y antes del inicio del trabajo de parto <sup>(30)</sup>.

**PRE ECLAMPSIA.** Es una enfermedad inducida por el embarazo, caracterizada por hipertensión arterial y proteinuria, asociada o no a edema <sup>(30,35)</sup>.

**ECLAMPSIA.** Es una complicación más severa de pre – eclampsia, que se caracteriza por convulsiones tónico-clónicas generalizadas presentadas

durante el III Trimestre de gestación, no causadas por epilepsia u otros cuadros convulsivos <sup>(30)</sup>.

**INFECCION DEL TRACTO URINARIO.** Es la infección del tracto urinario concomitante con la gestación más frecuentemente observada <sup>(17,30)</sup>.

**HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE.** Es la pérdida de sangre durante el tercer trimestre de la gestación <sup>(30,35)</sup>.

**RCIU.** Se considera como RCIU cuando su crecimiento intrauterino es menor que lo esperado para la edad gestacional. En general su peso es menor que el valor del percentil 10 de los patrones normales del peso neonatal en función de la edad gestacional <sup>(5,35)</sup>.

**INCOMPATIBILIDAD CÉFALO PÉLVICA** .Es la posibilidad o imposibilidad del paso del feto a través del canal del parto, dado que se aplica fundamentalmente al pasaje de la cabeza fetal <sup>(5,30,35)</sup>.

**ANEMIA.** Es la disminución del contenido de hemoglobina de la sangre, acompañado o no de un descenso del número de hematíes. Se define anemia cuando el valor de la concentración de hemoglobina es menor de

12 gr/dl. En la mujer no embarazada en el Ier trimestre o al final del III trimestre (7,30,35)

**FACTORES DEL PARTO.** Características o elementos que se presentaron durante el trabajo de parto.

**CESÁREA.** Deriva de la palabra latín “CAEDERE” que significa cortar, es la terminación quirúrgica del embarazo o del parto por medio de una incisión en la cara anterior del útero ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer normalmente (7,30,31,36)

Las indicaciones pueden ser absolutas o relativas :

**Absolutas :** Se puede mencionar la incompatibilidad céfalo – pélvica, placenta previa, ruptura uterina, etc; siendo la única técnica a tener en cuenta como forma de terminación del parto.

**Relativas :** Es aquella que se elige a la cesárea como alternativa en circunstancias en que se plantea también alguna otra opción (31,36)

**PUERPERIO.** Es un periodo comprendido entre la expulsión completa de la placenta y la regresión a su estado de pre – embarazo de los órganos y estructuras que participan durante la gestación (42 días post parto) (30,35).

**PARTO.** Expulsión o extracción por cualquier vía, de un feto de 500gr. o más de peso o de 22 semanas o más de gestación, vivo o muerto <sup>(16,30)</sup>.

**FACTORES DEL RECIEN NACIDO (RN).** Características o elementos que se presentaron en el recién nacido <sup>(16,17,35)</sup>

**RECIEN NACIDO A TERMINO (RNAT).** Corresponde a los recién nacidos con una edad gestacional de 37 semanas completas hasta las 41 semanas completas <sup>(5)</sup>.

**RECIÉN NACIDO POST – TERMINO (RNP<sub>s</sub>T).** Corresponde a los recién nacidos de 42 semanas completas a más (294 días o más) <sup>(5)</sup>.

**RECIÉN NACIDO PRETERMINO (RNPT).** Corresponde a los recién nacidos con menos de 37 semanas (menos de 259 días completos) <sup>(27)</sup>.

**PESO AL NACER.** Primer peso del feto o del recién nacido obtenido después del nacimiento <sup>(27)</sup>.

Peso adecuado para la edad gestacional (APN): peso al nacer entre los percentiles 10 y 90 de la curva peso – semanas de gestación.

Bajo peso al nacer (BPN): Recién nacido < de 2500 g.

Recién nacido de muy bajo peso (MBPN): Recién nacido < de 1500 g.

**APGAR.** Desde el punto de vista clínico el grado de asfixia al nacer se evalúa por el puntaje de APGAR, los recién nacidos vigorosos logran puntaje de 7 – 10 desde el primer minuto de vida <sup>(5)</sup>.

**MALFORMACIÓN CONGÉNITA.** Cualquier anomalía de desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular presente al nacer aunque se manifiesta tardíamente <sup>(5)</sup>.

**SINDROME DE MEMBRANA HIALINA.** Enfermedad producida por déficit de sustancia surfactante pulmonar que disminuye la distensibilidad pulmonar con tendencia al colapso alveolar <sup>(5)</sup>.

**MUERTE FETAL .** Es la muerte del producto de la concepción antes de la expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente del tiempo de duración del embarazo <sup>(5)</sup>.

**MUERTE NEONATAL.** Es la muerte de un recién nacido dentro de las primeras 28 semanas de vida <sup>(5)</sup>.

**MUERTE NEONATAL PRECOZ (M.N.P.).** Son todos los recién nacidos vivos que mueren dentro de los primeros 7 días de vida; con peso >500gr y > 999gr<sup>(5)</sup>.

**MUERTE NEONATAL TARDIA (MN.T).** Son todos los recién nacidos vivos que mueren desde los primeros 7 días hasta 28 días<sup>(5)</sup>.

## IV.- HIPOTESIS

### 4.1.- HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN:

Las gestantes adolescentes nulíparas tienen mayor factor de riesgo que las gestantes nulíparas de 20 – 35 años.

#### Hipótesis Estadística

#### Hipótesis Nula

No hay diferencia significativa entre los factores de riesgo de las gestantes adolescentes nulípara en comparación con las gestantes nulípara de 20 a 35 años.

#### Hipótesis Alterna

Si hay diferencia significativa entre los factores de riesgo de las gestantes adolescentes en comparación con las gestantes nulípara de 20 a 35 años

### VARIABLES

Variable Independiente: Gestantes adolescentes nulípara  $\leq 19$  años.

Variable Dependiente : Presencia de Factores de Riesgo durante el embarazo, parto y puerperio.

## V.- MATERIALES Y METODOS

La realización del presente estudio estuvo constituida por el universo de la población de gestantes adolescentes nulípara que suman 305 (17.85% de la población de gestantes en general) atendidas en el Centro Materno Perinatal - Tarapoto durante el periodo Abril 2000 – Marzo 2001.

Los controles fueron todas las gestantes nulípara de 20 – 35 años que hicieron un total de 212.

El tipo de investigación es Epidemiológico de Descripción analítica de corte transversal.

Se utilizará el siguiente diseño:

		DAÑO		
		SI	NO	
FACTORES	SI	a	b	a + b
	NO	c	d	c + d
		a + c	b + d	a+b+c+d= N

Donde:

a + b = Es el N° de expuestos al factor o causa.

a = Son las gestantes nulípara con el factor y con el daño

b = Son las gestantes nulípara con el factor y sin el daño

c + d = Es el N° de gestantes nulípara no expuestos al factor o causa.

- c = Son las gestantes nulípara con el factor, pero con el daño.
- d = Son las gestantes nulípara sin el factor y sin el daño
- a+b+c+d = Es el total de gestantes nulípara , o sea, el N.

De la que obtendremos:

$$P1 = \frac{a}{a + b}$$

$$P2 = \frac{c}{c + d}$$

Donde:

- P1 = Es la proporción con el daño en el grupo de gestantes nulípara expuestas al factor.
- P2 = Es la proporción de gestantes nulípara con el daño en el grupo de no expuestos al factor.
- RR = Mide la diferencia por cociente entre la probabilidad de padecer el daño entre las gestantes adolescentes nulípara  $\leq$  de 19 años y las gestantes nulípara entre los 20-35 años.

Los criterios de inclusión fueron:

- Gestante Adolescente atendidas en el Centro Materno Perinatal – Tarapoto durante el periodo Abril 2000 – Marzo 2001.
- Gestante nulípara que hayan culminado en parto vaginal o cesárea.
- Que hayan tenido o no CPN previo



### **Métodos e instrumentos de recolección de datos :**

Se utilizó la información que se encuentra en el Banco de Datos del SIP ocurridos entre Abril 2000 a Marzo 2001 donde se consignó todo lo correspondiente a la madre (estado civil, educación, control pre natal, procedencia, patologías maternas, etc.); del parto (vía de parto, indicación de cesárea, etc.); del puerperio (infección, hemorragia, etc. ); y del neonato (peso, edad gestacional, apgar, patologías, etc), esta información presenta un control de calidad característico, la que consta de los siguientes parámetros:

- Control de llenado – Parto/Aborto
- Control de llenado CPN
- Control de llenado CPN – Listado
- Revisión de Incoherencias – Parto/Aborto
- Revisión de Incoherencias – CPN
- Comparación con libros de partos
- Listado de controles

Este control de calidad tiene un margen de Incoherencias de 4%.

### **Procesamiento y Análisis de Datos :**

La Base, el ingreso y el análisis de los datos se efectuó utilizando el software Epi Info 6.04 donde la información se presenta en tablas estadísticas simple y/o de doble entrada con frecuencias absolutas y relativas porcentuales; chi cuadrado con un consiguiente factor de  $p < 0.05$  para la significancia estadística.

Se determinará el riesgo a través del riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza (IC).

## VI. RESULTADOS

### CUADRO N° 01

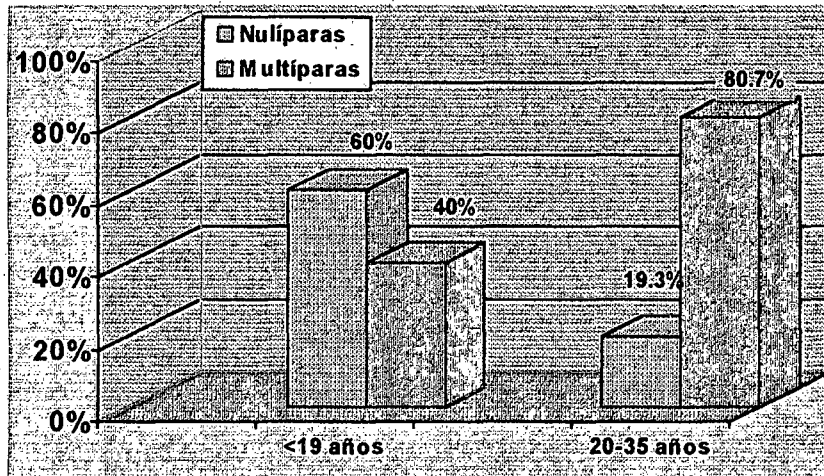
**INCIDENCIA DE GESTANTES DEL CENTRO MATERNO PERINATAL –**

**TARAPOTO. PERIODO ABRIL 2000 – MARZO 2001**

INCIDENCIA	< 19 años		20 – 35 años		> 35 años	
	N°	%	N°	%	N°	%
Gestantes	508	29.7%	1096	64.2%	104	6.1%
<b>TOTAL</b>						1708

En el periodo de Abril 2000 - Marzo 2001 en el Servicio de Obstetricia del Centro Materno Perinatal - Tarapoto se registró un total de 1,708, partos de los cuales 508 eran de Adolescentes comprendidas entre los 10-19 años que representa el 29.7%; 1096 eran de gestantes que oscilaban entre 20 – 35 años (64.2%) y 104 mayores de 35 años (6.1%).

**GRÁFICO N° 01**  
**INCIDENCIA DE GESTANTES NULÍPARAS**



De los 508 partos atendidos en adolescentes durante el periodo de estudio, 305 fueron nulípara representando el 60% de esta población; y de los 1096 partos atendidos de madres en edad adecuada el 19.3% tuvieron su parto por primera vez.

**CUADRO N° 02****CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO**

VARIABLES	10-19 años n = 305		20 – 35 años n = 212		RR	IC	X <sup>2</sup> P=<0.05
	N°	%	N°	%			
<b>ESTADO CIVIL</b>							
Soltera	134	44	55	26	1.29	1.31-2.20	X <sup>2</sup> = 16.69 P = 0.0000441
Casada y Conviv.	171	56	157	74			
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>							
Analfabeta	1	0.3	7	3.3	0.87	0.11-6.82	X <sup>2</sup> = 0.14 P = 0.7057154
Alfabeta	304	99.7	205	96.7			
<b>PROCEDENCIA</b>							
Rural	51	17	56	26.4	0.98	0.60-1.62	X <sup>2</sup> = 0.01 P = 0.9287299
Urbano	254	83	156	73.6			
<b>CONTROL PRE-NATAL</b>							
0 – 3	76	25	27	13	1.26	1.31-2.93	X <sup>2</sup> = 10.88 P = 0.0009704
≥ 4	229	75	185	87			

En el presente cuadro podemos apreciar que el mayor porcentaje de madres solteras (44%) corresponde a los adolescentes de 10 – 19 años, en comparación a las gestantes de 20 – 35 años (26%); encontrándose en este último grupo etéreo un mayor predominio de casadas o convivientes (74%); determinando un riesgo insignificante (RR=1.29) de hacer complicaciones obstétricas para las gestantes adolescentes solteras.

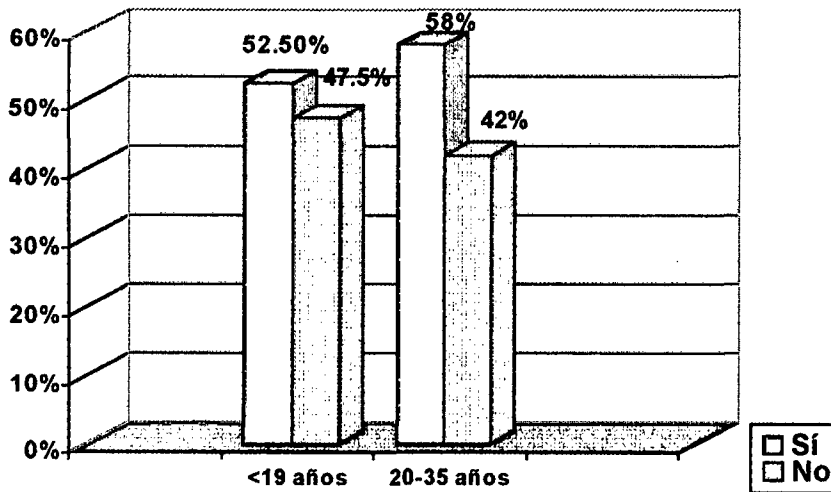
El analfabetismo fue menor (0.3%) en el grupo de adolescentes nulípara, en comparación a las gestantes en edad adecuada (3.3%). El 83% y 73.6% respectivamente proceden de la zona urbana. Así tenemos que el grado de instrucción y la procedencia no se consideran factores de riesgo,

pues no influyen sobre el desarrollo de presentar patologías en las mujeres de nuestra zona ( $RR=0.87$  y  $RR=1.9$ ).

El control pre-natal varió entre el 75% y 87% en ambos grupos, considerándose gestante controlada a aquellas que tenían  $\geq$  Si aplicamos la pruebas estadísticas a estas 3 variables encontramos significancia estadística en la variable estado civil ( $P < 0.05$ ), es decir que existe un incremento de ser soltera en las adolescentes, en relación a las gestantes en edad adecuada.

El control pre-natal varió entre el 75 y 87% en ambos grupos, considerándose gestante controlada a aquellas que tenían  $\geq$  a 4 controles, solo el 25% y 13% respectivamente no recibieron control pre-natal. Así tenemos que un adecuado y oportuno control pre-natal disminuye el riesgo de hacer complicaciones obstétricas en las adolescentes ( $RR=1.26$ ).

**GRAFICO N° 02**  
**FRECUENCIA DE PATOLOGIAS**



El gráfico N° 02 nos muestra la frecuencia de patologías presente durante el proceso de la gestación reportándose mayor presencia de complicaciones (58%) en el grupo de gestantes en edad adecuada, en relación al grupo de estudio (52.5%).

Al aplicar las pruebas estadísticas encontramos que el grupo en estudio presenta un riesgo relativo de  $RR = 0.91$  veces la probabilidad de presentar complicaciones en comparación con las gestantes en edad adecuada, no encontrándose significancia estadística ( $P > 0.05$ ).

La escala de Greenber e Ibrahim<sup>(38)</sup> interpreta estos valores ( $R = 0.91$ ), como indicador de que no existe efecto de riesgo en presentar la enfermedad.

## CUADRO N° 03

## RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LOS FACTORES CONCEPCIONALES

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO	10 – 19 años		20 – 35 años		RR	IC	X <sup>2</sup> p <0.05
	N°	%	N°	%			
ITU	91	29.8	72	33.9	0.88	0.68-1.13	p = 0.3697559
Anemia	86	28.1	54	25.4	1.11	0.83-1.48	p = 0.5584206
ICP	22	7.2	28	13.2	0.35	0.32-0.93	p = 0.3342716
Pre-eclampsia	19	6.2	17	8.0	0.78	0.41-1.46	p = 0.5414971
RPM	17	5.5	13	6.1	0.91	0.45-1.83	p = 0.9395564
APP	13	4.2	12	5.6	0.75	0.35-1.62	p = 0.6027566
HTT	4	1.3	3	1.4	0.93	0.21-4.10	p = 0.7744257
Oligoamnios	4	1.3	2	0.9	1.39	0.26-1.88	p = 0.9735908
Amenaza Aborto	2	0.6	4	1.8	0.35	0.06-1.88	p = 0.3853942
Eclampsia	1	0.3	1	0.4	0.70	0.04-11.05	p = 0.6447180
Embarazo Gemelar	1	0.3	1	0.4	0.70	0.04-11.05	p = 0.6447180
Hiper. Gravídica	1	0.3	3	1.4	0.23	0.02-2.21	p = 0.3802553
Present. Podálica	1	0.3	3	1.4	0.23	0.02-2.21	p = 0.3802553
RCIU	1	0.3	1	0.4	0.70	0.04-11.05	p = 0.6447180
OTROS	8	2.6	7	3.3	---	-----	-----

Al evaluar en ambos grupos la existencia de patología obstétrica presentadas durante la gestación, encontramos que el 52.5% y 58% de las gestantes nulíparas adolescentes presentaron complicaciones y el 47.5% no; mientras que en las gestantes en edad adecuada estas cifras fueron discretamente mayores: 58% (tuvieron patologías) y 42% no.

Estadísticamente encontramos que la edad es un factor de riesgo de presentar Oligoamnios (RR=1.39) y Anemia (RR=1.11); más no así de hacer otras patologías como la ITU (RR=0.88), ICP (RR=0.35), la pre-eclampsia (RR=0.78), entre otros (Cuadro N° 03).

#### CUADRO N° 04

#### RELACIÓN ENTRE LA EDAD MATERNA Y LA VÍA DEL PARTO

VIA DE PARTO	10 – 19 años n=305		20 – 35 años n=212		RR	IC	X <sup>2</sup> P=<0.05
	N°	%	N°	%			
CESAREA	80	26	91	43	0.21	0.48-0.78	p= 0.0001073
VAGINAL	225	74	121	57			

Se realizó parto abdominal en el 26% de las adolescentes nulíparas y 43% en las gestantes en edad adecuada.

Al realizar el cruce de variables las pruebas estadísticas nos reportan un beneficio de 0.21 veces la probabilidad de culminar el parto por vía vaginal en relación a las gestantes en edad adecuada (P<0.05).

Cuando consideramos a todas las gestantes encontramos parto abdominal en el 25.7% de las adolescentes y en 31.8% en las gestantes en edad adecuada (Oficina estadística MINSA 2000).

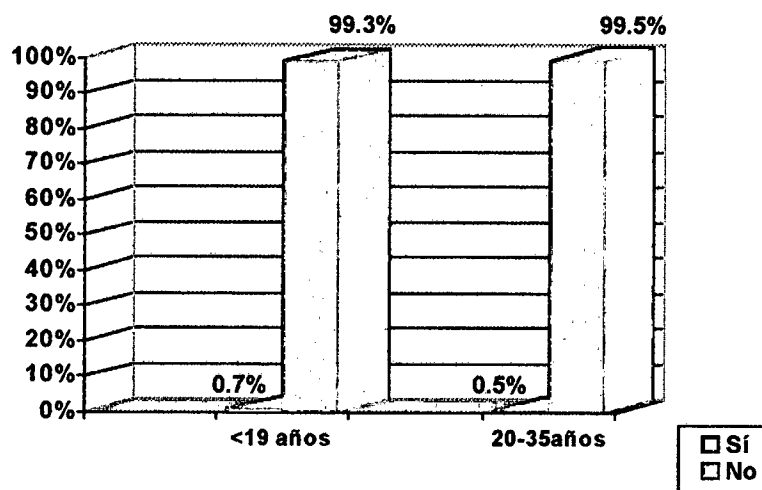


**CUADRO N° 05**  
**RELACIÓN ENTRE LA EDAD MATERNA Y LA INDICACIÓN DE CESAREAS**  
**SEGUN GRUPO ETÁREO.**

INDICACIÓN	10 – 19 años		20 – 35 años	
	N°	%	N°	%
SFA	24	26.9	25	23
ICP	22	24.7	28	25.6
PRE-ECLAMPSIA.	8	8.9	19	17.4
P. PODALICA.	7	7.8	10	9.2
TRAB. PARTO DISF.	6	7	10	9.2
INSUF. PLACENT.	5	5.6	1	0.9
OLIGOAMNIOS.	5	5.6	4	3.6
CORIOAMNIONITIS	2	2.2	0	-
OTRAS DIST. PRES.	2	2.2	3	2.7
ECLAMPSIA	1	1.1	1	0.9
HTT	1	1.1	3	2.7
OTROS	6	7	5	4.5

Las principales causas de cesárea en las adolescentes nulípara fueron el Sufrimiento Fetal Agudo (26.9%), Desproporción Feto pélvica (24.7%), la pre-eclampsia (8.9%) y la presentación podálica (7.8%); similar a lo encontrado en el grupo de madres en edad adecuada: ICP (25.6%), SFA (23%), Pre-eclampsia (17.4%) y Presentación Podálica (9.2%).

GRAFICO N° 03  
FRECUENCIA DE COMPLICACIÓN PUERPERAL



De los 305 partos de adolescentes nulípara atendidos en el CMP – Tarapoto, el 99.3% no presentan patologías durante el puerperio, similar porcentaje (99.5%) lo presentaron las gestantes de edad adecuada.

**CUADRO N° 06**  
**RELACIÓN ENTRE LA EDAD MATERNA Y LOS FACTORES**  
**PUERPERALES**

COMPLICACIONES PUERPERALES	10 – 19 años n=305		20 – 35 años n=212		RR	IC	X <sup>2</sup> p=<0.05
	Nº	%	Nº	%			
INFECCIÓN							
Si	2	0.7	1	0.5			
No	301	99.3	210	99.5	1.39	0.13-15.23	X <sup>2</sup> = 0.10 p = 0.7507446
HEMORRAGIA							
Si	--	--	--	--			
No	--	--	--	--	----	-----	-----

Entre las patologías post-parto predomina en ambos grupos la infección puerperal con el 0.7% y 0.5% respectivamente. El riesgo de que las adolescentes presenten esta patología es de 1.39 veces más, que en madres de edad adecuada.

**CUADRO N° 07**  
**RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LOS FACTORES NEONATALES**

VARIABLES	10 – 19 años n=306		20 – 35 años n=213		RR	IC	X <sup>2</sup> p=<0.05
	N°	%	N°	%			
<b>PESO AL NACER</b>							
BPN (<2500g)	26	8.5	19	9	0.72	0.41-1.27	p = 0.32582
AEG	173	56.5	110	51	0.40	0.13-1.62	p = 0.36484
MBPN (<1500)	4	1.3	6	2.8			
<b>EDAD GESTAC.</b>							
<37	42	13.7	27	12.7			
37 – 41	256	83.7	180	84.5	1.08	0.69-1.70	p = 0.36484
≥ 42	8	2.6	6	2.8	0.93	0.33-2.64	p = 0.82978
<b>PESO/E.G.RN</b>							
PEG	129	42.2	95	45	0.95	0.77-1.15	p = 0.64343
AEG	173	56.5	110	51	0.35	0.11-1.14	p = 0.12626
GEG	4	1.3	8	4			
<b>APGAR 5'</b>							
0 – 3	1	0.3	2	1	0.70	0.04-11.07	p = 0.64404
7 – 9	304	99.4	209	98	0.70	0.04-11.07	p = 0.64404
4 – 6	1	0.3	2	1			

La presencia de Bajo Peso al Nacer fue del 8.5% en las adolescentes y 9% en las madres de edad adecuada. La incidencia de los Recién Nacidos de Muy Bajo Peso al Nacer fue menor al 3% en ambos grupos.

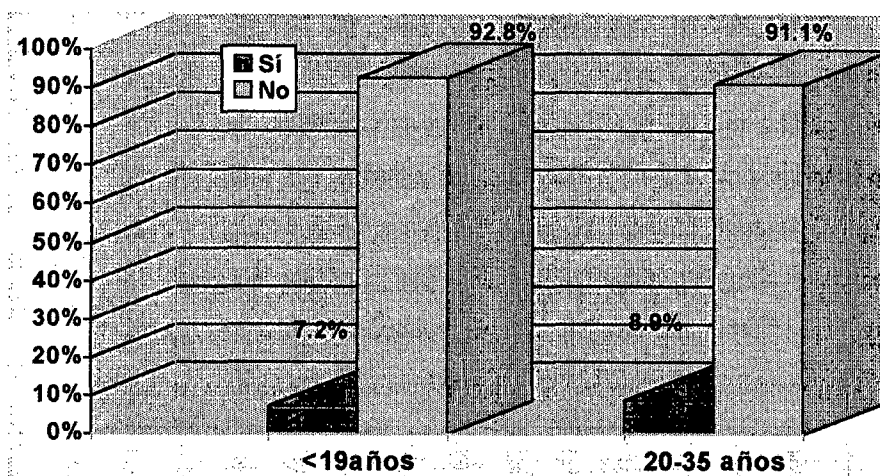
Estadísticamente no se encontró relación alguna entre la edad y peso del recién nacido ( $p>0.05$ ).

El riesgo de que los adolescentes tengan productos pre-término (<37 sem) es de 1.08 en relación a las gestantes en edad adecuada; estadísticamente estos valores no representan niveles de significancia ( $p>0.05$ ).

La ausencia de recién nacidos Pequeño para la Edad Gestacional varió entre el 42.2% y 45% en los dos grupos en estudio. El diagnóstico de Grande para la Edad Gestacional, osciló entre 1.3% y 4% respectivamente.

La asfixia severa y moderada fue menos del 1% en ambos grupos.

**GRAFICO N° 04**  
**PATOLOGÍAS DEL RECIEN NACIDO**



La presencia de patología neonatal varió entre el 7.2% para los Recién Nacidos de Grupo Adolescentes y 8.9 del grupo de Recién nacidos de madre en edad adecuada. No se encontró asociación estadística entre la variable edad y la presencia de patología neonatal en ambos grupos ( $p>0.05$ )

## CUADRO N° 08

## RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LAS PATOLOGÍAS NEONATALES

PATOLOGÍAS DEL RN	10 – 19 años		20 – 35 años		RR	IC	X <sup>2</sup> p=<0.05
	N°	%	N°	%			
RCIU	3	0.98	0	-	---	----	p = 0.391409
DEFECTOS. CONG.	2	0.7	1	0.4	1.39	0.13-15.26	p = 0.751707
INFEC. NEONT.	2	0.7	3	1.4	0.46	0.08-2.75	p = 0.682355
MEMB. HIALINA	2	0.7	2	0.9	0.70	0.10-4.90	p = 0.885100
HIPOGLICEMIA	2	0.7	1	0.4	1.39	0.13-15.26	p = 0.751707
SUFRIM. FETAL	2	0.7	3	1.4	0.46	0.08-2.75	p = 0.682355
PREMATURIDAD	2	0.7	3	1.4	0.46	0.08-2.75	p = .682355
CAPUT SUCCED.	1	0.3	1	0.4	0.70	0.04-11.07	p = 0.644046
H. INTRAUTERINA	1	0.3	3	1.4	0.23	0.02-2.22	p = 0.381092
OTROS	5	1.6	2	0.9	---	-----	-----

Del 7.2% y 8.9% de los recién nacidos que presentaron patologías productos de madres adolescentes y de madres en edad adecuada, el riesgo de presentar defectos congénitos e hipoglicemia fueron de 1.39 veces respectivamente. La infección neonatal (0.7 y 1.4%), la membrana hialina (0.7 y 0.9%), SFA (0.7 y 1.4%) y la prematuridad (0.7 y 1.4%) en ambos grupos fueron los presentados con mayor frecuencia.

**CUADRO N° 09**  
**RELACIÓN ENTRE LA EDAD MATERNA Y LA MORTALIDAD**  
**PERINATAL**

MUERTE PERINATAL	10 – 19		20 - 35		RR	IC	X <sup>2</sup> p= 0.05
	N°	Tasa x Mil N.V.	N°	Tasa x Mil N.V.			
MUERTE FETAL TARDIA MFT <sup>1</sup>	0	0	1	4.7	---	---	p = 0.855335
MUERTE NEONATAL PRECOZ MNP <sup>1</sup>	1	3.3	3	14.4	0.23	0.02-2.22	p = 0.381092
MUERTE PERINATAL I <sup>1</sup>	1	3.3	4	19.1	0.17	0.02-1.55	p = 0.185900
MUERTE PERINATAL II <sup>2</sup>	5	16.3	8	37.9	0.44	0.14-1.31	p = 0.216415

<sup>1</sup>>999g

<sup>2</sup>>500g

No se reportaron casos de Mortalidad Materna en nuestro estudio, pero si perinatal.

El riesgo que presentan los recién nacidos de morir es mayor en las pacientes de 20 – 35 años en relación a las adolescentes. Existe un beneficio de 0.5 de que los recién nacido de madres adolescentes no fallezcan en relación a los recién nacidos de madres en edad adecuada.

Se encontró una tasa de muerte neonatal precoz de 3.3 x 1,000 n.v. en el grupo de adolescentes y 14.4 x 1,000 n.v. en el grupo de edad adecuada respectivamente. La tasa de mortalidad perinatal I fue de 3.3 en las adolescentes y el 19.1 en las madres del grupo control.

## VII.- DISCUSION

Múltiples estudios Nacionales e Internacionales informan del aumento de la frecuencia del embarazo durante la adolescencia . Ello oscila entre el 7 y el 25% en los diferentes países del mundo,<sup>(10,19,28,37,38)</sup> siendo mayor en los países subdesarrollados.

En el Perú el problema también es serio, considerándose según datos del Instituto Nacional de Planificación que el 10% de los nacimientos ocurren en mujeres < de 18 años.<sup>(11,18)</sup> Las frecuencia más altas se encuentran en la Selva (31%) donde la actividad sexual es aceptada; en los departamentos de Amazonas y Madre de Dios dicha proporción es de 28%, Loreto 29%, Ucayali 33% y en San Martín 30%;<sup>(10)</sup> estos datos se relacionan al Inicio Precoz y a la mayor actividad de las Relaciones sexuales agregado a esto, el temor o desconocimiento de los métodos disponibles para evitarlo<sup>(19)</sup>.

Al iniciar la población su reproducción a edades más tempranas, éste duplica en menor tiempo, creciendo en forma desordenada, creando problemas sociales, de salud y de población.

En nuestro trabajo encontramos que de los 1708 gestantes atendidos de parto en el Centro Materno Perinatal – Tarapoto, durante el periodo Abril 2000 a Marzo 2001, el 29.7% correspondieron a mujeres < de 19 años, de



éstos el 60% son nulípara. Estos datos son similares a lo reportado en años anteriores (28% – 30%)(36).

Este aumento está influenciado por nuestra condición de Centro Materno de Referencia a nivel Regional; por lo cual concentramos casos con riesgo, como son las adolescentes.

### FACTORES MATERNOS (Características)

Hay generalmente acuerdo en considerar a las embarazadas de 20 a 35 años como el grupo etáreo de menor riesgo,<sup>(10)</sup> sin embargo no encontramos una diferencia significativa entre este grupo poblacional y las  $\leq 19$  años en presentar complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y en el recién nacido.

Al aplicar las pruebas estadísticas a la variable estado civil, encontramos aumento con significancia estadística ( $p < 0.05$ ) de ser soltera en las adolescentes, riesgo que se incrementa a menor edad, hallazgo observado por Maradiegue <sup>(34)</sup>. El hecho de no tener pareja estable les priva de sus beneficios económicos, sociales y legales, reflejando los cambios de su comportamiento a nivel de pareja y sexualidad <sup>(33,34)</sup>.

El analfabetismo no es un problema en el Centro Materno Perinatal, solo se reportó un 0.3%, porcentaje ligeramente mayores se observa en otros trabajos <sup>(15,29,34)</sup>.

Se acepta que el control pre-natal es un instrumento muy importante para detectar factores de riesgo en las madres, que no detectada a tiempo pueden traer como consecuencia un incremento de la morbi-mortalidad en el producto <sup>(30,35)</sup>. En nuestro estudio existe un alto porcentaje de falta de control pre-natal (25%) en los adolescentes en relación a las gestantes en edad adecuada (13%); así como a un inicio tardío de la consulta prenatal en ambos grupos, explicado probablemente por la falta de recursos económicos y de comprensión de los beneficios que éste les pueda ofrecer <sup>(29,36)</sup>. También se describe que en los adolescentes existe la tendencia a ocultar la gestación por temor o vergüenza y tener actitudes negativa frente al médico o las instituciones de salud <sup>(12)</sup>.

Se afirma que independientemente del grupo etáreo, un adecuado control pre-natal disminuye la frecuencia de todas las complicaciones

### FACTORES CONCEPCIONALES

Alto porcentaje de patología materna es prevalente en los estudios nacionales <sup>(12,29,33,34,36)</sup>. Maradiegue reportó como principales complicaciones durante la gestación en las adolescentes a la RPM, pre-eclampsia e ITU.

Nuestras principales complicaciones fueron ITU, Anemia, ICP y pre-eclampsia, variando de otros reportes que describen RPM, pre-eclampsia e ITU <sup>(29,33,34)</sup>. Si bien la patología materna, en general; es semejante en

ambos grupos, no se observó un incremento con significancia estadística de esta patología con la adolescencia, lo que difiere con Maradiegue cuyo resultado incluye a la pre-eclampsia con significancia estadística ( $p<0.05$ ), en especial en las adolescentes tempranas. Tays a su vez reporta a la ICP, pre-eclampsia, SFA, ITU y Anemia con significancia estadística ( $p<0.01$ ).

Con respecto a otras complicaciones del embarazo, no hemos encontrado diferencia en ambos grupos lo que coincide con otros estudios nacionales (3,33,34). Siempre hay que considerar que las complicaciones obstétricas son más peligrosas en organismos que aún no han completado su formación.

Las publicaciones de trabajos realizados no refieren aumento de la incidencia de cesáreas en la adolescente a nivel nacional (8,12,29,33,34) e internacional (21,23)

En nuestro estudio la vía de parto más frecuente fue la vaginal, tanto en adolescentes (74%) como en el grupo control (57%), mientras la vía abdominal fue más frecuente en el grupo control (43%) en comparación al grupo en estudio (26%), diferencia altamente significativa ( $p<0.05$ ).

Estudios sobre el tema coinciden en señalar que la incidencia de cesáreas en adolescentes es menor a los del grupo control, en cambio otros investigadores comunican incidencia de cesáreas mayor al grupo control (33,34)

Entre las principales causas de cesárea se describe al SFA, ICP, Pre-eclampsia y Presentación Podálica. Datos similares reportan otros autores (11,33,34,38).

Las patologías con asociación estadística es a la inversa, se encuentran presente en la ICP y la pre-eclampsia ( $p < 0.05$ ) para el grupo de gestantes en edad adecuada, es decir, que existe un beneficio de 0.25 y 0.10 veces de no hacer ICP y pre-eclampsia respectivamente por ser adolescente.

Los problemas puerperales encontrados fueron menor del 1% para ambos grupos, cifra similar a lo reportado por Maradiegue en su trabajo realizado en el Hospital Cayetano Heredia ( $< 3\%$ ) y de otros trabajos realizados por García en el Hospital Integrado IPSS – Tarapoto (7 al 33%) Bazán (Hospital IPSS Moyobamba) con el 16.2 al 30.3%).

Asimismo no se encontró incremento de éstos con respecto a la puérpera de 20-35 años.

A nivel neonatal, la existencia de bajo peso fue semejante a la de otros investigadores oscilando entre 7 y 14% (11,19,29,33,36). Sin embargo Maradiegue (12) observa un claro aumento de estos, con significancia estadística solo en las madres menores de 16 años de edad.

La frecuencia de pequeños para la edad gestacional, son semejantes a los descritos en los trabajos nacionales, no observándose diferencia con respecto a la edad de las madres (12,32)

Podríamos indicar que el desarrollo físico incompleto, la desnutrición materna, así como el incremento de los requerimientos nutricionales como

consecuencia de su desarrollo físico y el embarazo, predisponen a mayor frecuencia de niños con bajo peso y pequeños para edad gestacional <sup>(24)</sup>.

Otro de los aspectos que reviste especial interés es la condición del recién nacido. La hipoxia se evidencia en los hallazgos del Apgar al primer minuto y a los cinco minutos, este último determina la vitalidad neurológica del recién nacido, por lo que se consideró importante considerar este parámetro. En nuestro estudio el 99.4% y 98% de recién nacidos de ambos grupos presentaron un Apgar de 7 – 9, lo que podría indicar que las condiciones intrauterinas para el producto no fueron adversas, lo que se relaciona con el bajo porcentaje de complicaciones obstétricas durante el embarazo presentadas en nuestras gestantes.

Si aplicamos las pruebas estadísticas sobre hipoxia neonatal encontramos que nuestras frecuencias son bajas en ambos grupos <sup>(12,29,32,34)</sup>, no se encontró riesgo de asfixia en los recién nacidos de madres adolescentes <sup>(12,32,34)</sup>.

En nuestro estudio observamos un alto índice de prematuridad en ambos grupos (13.7% y 12.7%) pero no presentan significancia estadística. Otros autores refieren que los bebés de madre adolescente corren un riesgo mayor de nacimiento prematuro <sup>(12,29,32,34,36,38)</sup>. La literatura describe como grupo de riesgo para muerte materna a las gestantes adolescentes <sup>(2,25,34)</sup> por el embarazo y parto. Sin embargo no encontramos ningún caso. Estudios realizados en varios hospitales de

Lima muestran que un alto porcentaje de muertes en jóvenes adolescentes <sup>(2,25)</sup> son causados mayormente por infecciones.

Es importante resaltar el problema grave de la gestante adolescente que opta por el aborto, especialmente en el nivel socio-económico bajo que al ser ejecutado por empíricas condiciona infecciones, desgarros, perforaciones, sinequias de la cavidad uterina e infertilidad.

La tasa de mortalidad perinatal es mayor en el grupo de madres en edad adecuada aunque sin significancia estadística. Las tasas de mortalidad perinatal II oscilan entre 16 y 38 x 1000 n.v. respectivamente, cifras inferiores a lo reportado por otros autores. <sup>(12,29,32,34)</sup>.

## VIII.- CONCLUSIONES

- 1) La incidencia de gestantes adolescentes atendidas de parto en el Centro Materno Perinatal Tarapoto es de 29.7%, de las cuales el 60% son nulíparas.
- 2) Los factores maternos asociados a Complicaciones Obstétricas en las gestantes nulíparas adolescentes ( $p < 0.05$ ) fueron:
  - Estado Civil (RR=1.29)
  - CPN inadecuado (RR=1.26)
- 3) El riesgo de presentar patologías maternas por la edad resultaron ser:
  - Oligoamnios (RR=1.39)
  - Anemia (RR=1.11)
- 4) Los factores del recién nacido con mayor fuerza de asociación ( $p < 0.05$ ) presentes por la edad de la paciente son :
  - Parto pretérmino (RR=1.08)
- 5) El riesgo de presentar patologías neonatales por la edad de la paciente, fueron:
  - Defectos congénitos (RR=1.39)
  - Hipoglicemia (RR=1.39)

- 6) No se encontró riesgo entre la variable Gestante nulípara adolescente y la mortalidad perinatal.

En el Departamento de San Martín, el Centro Materno Perinatal – Tarapoto es el establecimiento de mayor nivel del MINSA, tiene personal especializado y actualizado; es un centro docente asistencial, implementado adecuadamente, lo que se refleja a través de la tasa de muerte neonatal precoz de 3.3 x 1,000 n.v. en el grupo de adolescentes y 14.4 x 1,000 n.v. en edad adecuada respectivamente.



## **X.- RECOMENDACIONES**

- 1) Implementar servicios diferenciado a las adolescentes a través de un programa integral, destinado a brindar atención asistencial, preventivo promocional, de participación comunitaria y de investigación que garanticen la confiabilidad y la accesibilidad económica a los servicios, con el fin de detectar el embarazo no deseado y las complicaciones asociadas.
- 2) Fortalecer la currícula de estudios del nivel primario y secundario promoviendo la inclusión de contenidos educativos relacionados con la educación sexual y reproductiva, paternidad responsable y planificación familiar, los cuáles estén dirigidos por profesionales capacitados.
- 3) Potenciar las escuela de padres a fin de mejorar las habilidades de comunicación entre padres e hijos sobre la salud sexual y salud reproductiva.
- 4) Impulsar el Programa de Atención Integral de la mujer con énfasis en el control pre-natal con el objeto de brindar a la gestante adolescente una atención de calidad, calidez desde el punto de vista biológico, psicológico y social.
- 5) Monitorizar la vigilancia Materno Perinatal durante el embarazo, parto y puerperio, así como al recién nacido por el personal motivado y capacitado.

- 6) La historia clínica perinatal base, como instrumento es indispensable para la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, se debe generalizar su uso en todo establecimiento del sector salud y uniformizar el registro de datos, la referencia y contra referencia de pacientes de riesgos, ser óptimo identificando la población asistida, hecho que va permitir realizar posteriores investigaciones.
- 7) Diseñar un programa Educativo a través de la información, educación y comunicación, dirigido a la población adolescente, que permita captar las gestantes adolescentes en forma precoz.

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARAMAYA RM, Yacsic FP. Embarazo y adolescencia. Rev Vol. Ginecol Obstet 1995;8(2):16-9.
2. BACHMAN. C. Adolescencia Riesgo Reproductivo. Omega S.A. Concytec Lima 1996.
3. BACHAN eet al. Madres Adolescentes. Academia Peruana de Cirugía. 1996: 14(1).
4. BAZAN V. Kieffer. "Gestación en Mujeres de 19 años en el Hospital Integrado IPSS – Moyobamba año 1983 – 1992 – Tesis de Bachiller "Universidad Nacional de San Martín" – San Martín 1993.
5. CARRERA, José M. "Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus" Tercera Edición 1999 - Editorial MASSON S.A., pág: 3-13.
6. COLEGIO DE OBSTETRICES DEL PERÚ. "Revista Institucional del Colegio de Obstétrices del Perú" N° 6 Nov – Dic. – 1996 – Lima – Perú, pág: 26 –27, 33.
7. CUNNIGHAN, Mac Donald, "Williams Obstetricia".Veinte Edición 1998- Buenos Aires – Argentina, pág: 533 – 534.
8. CHÁVEZ I: Embarazo en adolescentes en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura. Tesis de maestría en medicina. Lima – Perú. Universidad Peruano Cayetano Heredia 1996.

9. D. NEESON. Jean. "Consultor en Enfermería Obstétrica". Tomo n<sup>a</sup> 1 – Editorial Centrun - Técnicas Científicas 1993- Barcelona – España, pág: 2-3.
10. ENDES "Encuesta Demográfica y Salud Familiar: San Martín, Población Mujer y Salud". Editorial Macro Internacional 1996 – Lima – Perú, pág: 54 – 56.
11. FREYRE ROMAN; Eleodoro. "Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología la Salud del Adolescente Aspectos Médicos y Psicosociales". Editorial Concytec 1994 – Lima – Perú, pág : 448 – 454.- 237.
12. GONZALES G. La adolescencia en el Perú. Universidad Particular Cayetano Heredia. Instituto de Investigaciones de la Altura. OMS. Primera Edición. Lima 1994.
13. GARCIA: " Gestación en Primíparas Adolescentes en el Hospital de Apoyo II IPSS – Tarapoto" 1992 Tesis de Bachiller "Universidad Nacional de San Martín" – San Martín 1992.
14. GRUPO IMPULSOR NACIONAL – MUJERES POR LA IGUALDAD NACIONAL. "Balance del Grado de Cumplimiento de la Plataforma de Acción Mundial en el Perú: Mujer y Salud". Editorial Du artes - Mayo 2000 – Lima – Perú, Pág: 35 – 43
15. HOWART J: POVERRY a criterium of risk. Clin Obstet y Gynecol (1995); (1): 103-6.
16. INSTITUTO MATERNO PERINATAL DE LIMA. "Adolescencia y Salud Reproductiva". Editorial Gráfica S.A. 1998 Lima – Perú.

17. INSTITUTO DE SALUD REPRODUCTIVA ABC DE LA OBSTETRICIA.

Editorial Bocanegra .Trujillo – La Libertad – Perú, 1996, pág : 31 –32.

18. J. SILBER. Tomas y Cols. “Manual de Medicina de la Adolescencia”

Editorial Organización Panamericana de la Salud 1992 – Washington ,  
pág :448 – 467.

19. KOONTZ, Stephanie y Cols. “Juventud en Riesgo : Como Satisfacer las  
Necesidades de la Salud Sexual de los Adolescentes”, Abril 1994,  
E.E.U.U.

20. KROEGER, A. LUNA, R.”Atención Primaria de Salud” (Principios y  
Métodos) Editorial Pax México 1992; México, pág : 144 – 145.

21. LEPPERT P, et al. Cesarean section deliberies among adolescent  
mothers enrolled in a comprehensive prenatal care program. Am J  
Obstet gynec 1995:152(6):623.

22. MINISTERIO DE SALUD. Oficina de Estadística e Informática. Año  
2000.

23. Mc ANARNEY E., HENDEE W. Adolescent pregnancy and its  
consequences. JAMA 1995: 262(1):74-7.

24. MORILLO R. Aspectos obstétricos y psicosociales de las adolescentes en  
nuestro medio. Tesis bachiller en medicina. Lima – Perú. Universidad  
Peruana Cayetano Heredia. 1992.

25. MARADIEGUE E. Castro R. Mortalidad materna en el Hospital  
Cayetano Heredia. 1995-1999. XI Congreso Peruano de Obstetricia y  
Ginecología. Tomo del Congreso. Lima – Perú. 1994.

26. MINISTERIO DE SALUD "Fecundidad, Planificación Familiar y Salud Reproductiva en el Perú", Informe Técnico 02. Editorial ASIS 95 – Lima – Perú, pág :47 – 68.
27. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
28. O.P.S. "Hechos y Tendencias - Salud Materno Infantil y Atención Primaria en las Américas" , Publicación Científica. – Washington – México 1984, pág : 232
29. PARRA, J., PINEDO A, Távora, et al. Comportamiento Reproductivo de las Adolescentes. X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Tomo del Congreso. Lima – Perú. 1990
30. PEREZ SANCHEZ, Alfredo y Cols. "Obstetricia", Editorial Mediterráneo 1997, Santiago – Chile, pág : 179 – 181.
31. PACHECO, José. "Gineco Obstetricia Primera Edición 1999 – Lima – Perú, pág: N° 891 –903.
32. RECHKEMMER A. Complicaciones obstetricias y perinatológicas en adolescentes tempranas. Tesis de maestría en medicina. Lima – Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1996.
33. SOCIEDAD PERUANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. "Ginecología y Obstetricia" Volumen 45 N° 3 Julio de 1999, Lima – Perú, pág 170 – 182.
34. SOCIEDAD PERUANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. "Ginecología y Obstetricia" Volumen 41 N° 3 Agosto de 1995, Lima – Perú, pág 39 –47.

35. SCHWARCZ, Ricardo y otros. "Obstetricia" Quinta Edición 1995 – Argentina.
36. TANG L; Embarazo en Adolescentes. Tesis de Bachiller en Medicina. Lima – Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1991.
37. URIZA G. Embarazo en Adolescentes. Rev. Colombiana Obstet. Ginecol 1993; 84(2);102(114)
38. ZUCKERMAN, et al. Adolescent pregnancy. Biobehavioral determinants of outcome y Pediatrics. 1994 (15) (6), 857;63.

**A N E X O**



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº H.C.:..... Nº FICHA:.....  
APELLIDOS Y NOMBRES:.....

1. FACTORES MATERNOS:

1A. EDAD:.....

1B. ESTADO CIVIL:

CASADA (1) CONVIVIENTE (2) SOLTERA (3) OTRO (4)

1C GRADO DE INSTRUCCIÓN:

ANALFABETA (1)

PRIMARIA (2)

SECUNDARIA(3)

SUPERIOR (4)

SUPERIOR NO UNIVERSITARIO(5)

1D TALLA: ..... cms

2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

2A CPN:

NO 0-3 (1)

SI > 3 (2)

SIN DATO (3)

2B PATOLOGÍA MATERNA:

RPM (1)

PRE-ECLAMPSIA (2)

ECLAMPSIA (3)

ITU (4)

HTT (5)

RCIU (6)

OTRO..... (7)

ESPECIFIQUE

3. FACTORES DEL PARTO

FECHA: / /2000

3A VIA DE PARTO

VAGINAL (1)

CESAREA (2)

3B TIPO DE PARTO

EUTÓCICO (1)

DISTÓCICO (2 ):.....

ESPECIFIQUE

3C INDICACIÓN DE CESÁREA

DCP (1)

SUFRIM. FAG. (2)

HEMORRAGIA TT (3)

P. PODÁLICO (4)

PRE-ECLAMPSIA (5)

OTRO..... (6)

ESPECIFIQUE

4. PUERPERIO

4A INFECCIÓN: SI (1)

NO (2)

4B HEMORRAGIA SI (1)

NO (2)

5. FACTORES NEONATALES

5A SEXO: M (1) F (2)

5B PESO:

CPN < 2,500 grs. (1)

MBPN < 1,500 (2)

PEG (3)

GEG (4)

5C EDAD GESTACIONAL

< 37 sem. (1) 37-41 sem. (2) > 42 sem. (3)

5D APGAR AL MINUTO

0-3 (1) 4 - 6 (2) > 7 (3)

5E APGAR A LOS 5 MINUTOS

0-3 (1) 4 - 6 (2) > 7 (3)

5F EDAD POR EXAMEN FÍSICO

< 37 sem. (1) 37-41 sem. (2) ≥ 42 sem. (3)

5G PATOLOGÍA DEL RECIÉN NACIDO

ASFIXIA SEVERA (1)

ASFIXIA MODERADA (2)

PREMATURIDAD (3)

S. ASPIRACIÓN NEONATAL (4)

MEMBRANA HIALINA (5)

OTRO..... (6)

ESPECIFIQUE

5H EGRESO DEL RECIÉN NACIDO

SI (1) NO (2)

5I DIAGNÓSTICO DE REINGRESO:.....

FORMA DE EGRESO: SANO (1) FALLECIDO (2)

DXCO. DE FALLECIMIENTO:.....

6. MUERTE MATERNA

SI (1) NO (2)

DXCO.:.....



☐ = significa ALERTA

☒ = requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombres:

Establecimiento:

Establ. Origen: ☐ No Aplica

DNI (L.E.) N°

AUTOGENERADO:

Dirección:

Ocupación:

Localidad:

Edad: ☐ < 15 ☐ > 35

Departamento:

Provincia:

Estudios: ☐ Analfabeta ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐ Superior No Univ. Años aprobados ☐

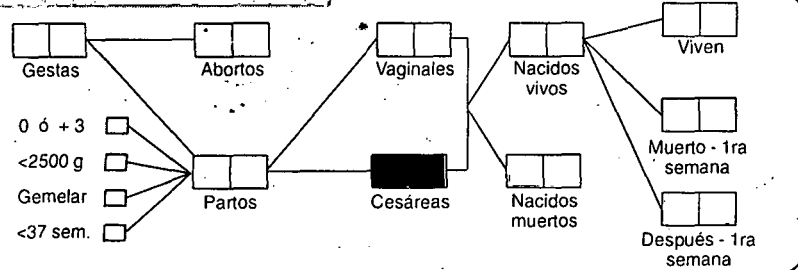
Distrito:

Teléfono:

Estado Civil: ☐ Casada ☐ Conviviente ☐ Soltera ☐ Otros

Padre NR:

Antecedentes Obstétricos



Fin Gestación Anterior

Terminación: Fecha: / /

☐ Parto ☐ Aborto ☐ Ectópico ☐ Molar ☐ Otro ☐ no Aplica

Si fue aborto: Tipo de Aborto: ☐ Incompleto ☐ Completo ☐ Frustro ☐ Séptico ☐ Otro ☐ no Aplica

RN de mayor peso: g

Captada Si ☐ No ☐ Remitida x: Ag. Comuni. Si ☐ No ☐

Antecedentes Familiares

Ninguna ☐ Hipertensión Arterial ☐

Alergias ☐ Neoplasia ☐

Anomalías Congénit. ☐ TBC Pulmonar ☐

Epilepsia ☐ Otros ☐

Diabetes ☐

Enferm. Congénitas ☐

Gemelares ☐

Antecedentes Personales

Ninguno ☐ Diabetes ☐ Otras Drogas ☐

Aborto habitual ☐ Enferm. Congénitas ☐ Parto Prolong. ☐

Aborto recurrente ☐ Enferm. Infecciosas ☐ Pre/Eclampsia ☐

Alcoholismo ☐ Epilepsia ☐ Prematuridad ☐

Alergia a medicamentos ☐ Hemorra. Postparto ☐ Reten. placenta ☐

Asma Bronquial ☐ Hipertensión Arterial ☐ Tabaco ☐

Bajo peso al nacer ☐ Hoja de Coca ☐ TBC Pulmonar ☐

Cardiopatía ☐ Infertilidad ☐ VIH/SIDA ☐

Cirugía Pélv.-uterina ☐ Neoplasias ☐ Otros ☐

Peso y Talla

Peso Habitual: kg

Talla: 1 cm

Antitetánica

N° Dosis Dosis Sin dosis No Aplica

Prevía 1ra 2da mes de gestación

Tipo de Sangre

Grupo: A B AB O

Rh: Rh (+) Rh(-)Sen Desc Rh(-)No Sen Rh(-)Sen

Fuma

N° Cigarros por día

F.U.M.

¿Conocida?: SI NO Duda: SI NO

Fecha Última Menstruación: / /

EG.(Ecografía) Sem Fecha: / /

Longitud Céfalocaudal: mm.

Diámetro Biparietal: mm.

Fecha Probable de Parto: / /

Hospitalización

Hospitalización: SI NO

Fecha: / /

Diagnóstico:

Emergencia

Emergencia 1

Diagnóstico: No Aplica

Fecha: / /

Emergencia 2

Diagnóstico: No Aplica

Fecha: / /

Serología Luética

VDRL/RPR

1 Negativo Positivo No se hizo Fecha: / /

2 Negativo Positivo No se hizo Fecha: / /

Hemoglobina

Hb (g %)

1 No se hizo Fecha: / /

2 No se hizo Fecha: / /

Psicoprofilaxis

Nro. sesiones

Exámenes

Clinico: Sin Examen Normal Patológico Pelvis: Sin Examen Normal Anormal

Odont.: Sin Examen Normal Patológico HIV: Sin Examen Negativo Positivo

Cérvix: Sin Examen Normal Anormal PAP: Sin Examen Normal Anormal

Mamas: Sin Examen Normal Anormal Colpos: Sin Examen Normal Anormal No Aplica

BK en esputo: Sin Examen Negativo Positivo No Aplica

Orina: Sin Examen Normal Anormal

Glucosa: Sin Examen Normal Anormal

TORCH: Sin Examen Negativo Positivo No Aplica



<b>Estado</b>		<b>Producto de la concepción</b>		<b>Hijo Único</b>		<b>Embarazo Múltiple</b>		<b>Orden</b>		<b>Aborto</b>	
HCMP : Control Prenatal <input type="checkbox"/>		Aborto <input type="checkbox"/>		Parto <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

<b>Ingreso</b>		<b>Fecha y Hora :</b> / /									
Temperatura	<input type="text"/>	<b>PRESENTACION :</b>		<b>TAMAÑO FETAL ACORDE:</b>		<b>INICIO:</b>		<b>MEMBR. AL INGRESO:</b>		<b>LIQ. AMNIOTICO:</b>	
Edad Gestac.	<input type="text"/>	Cefálica <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		Espontáneo <input type="checkbox"/>		Rotas <input type="checkbox"/>		Claro <input type="checkbox"/>	
		Pelviana <input type="checkbox"/>				Inducido <input type="checkbox"/>		Integras <input type="checkbox"/>		Verde claro <input type="checkbox"/>	
Presión Arterial	<input type="text"/>	Transversa <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/>		Cesárea efectiva <input type="checkbox"/>		<b>FECHA Y HORA DE RUPTURA:</b>		Verde Oscuro <input checked="" type="checkbox"/>	

<b>Medicación en parto (ver anexo)</b>		<b>Sin medicación</b> <input type="checkbox"/>	
<b>MEDICACIÓN:</b>		<b>MEDICAMENTOS:</b>	
1. _____		1. _____	
2. _____		2. _____	
3. _____		3. _____	

<b>Terminación</b>		<b>Fecha:</b> / /			
<b>TERMINACION:</b>		<b>DURACION:</b>		<b>MUERTE INTRAUT:</b>	
Espontánea <input type="checkbox"/>		Normal <input type="checkbox"/>		No hubo <input type="checkbox"/>	
Forceps <input type="checkbox"/>		Prolongado <input type="checkbox"/>		Durante embarazo <input type="checkbox"/>	
Cesárea <input type="checkbox"/>		Precipitado <input type="checkbox"/>		Durante parto <input type="checkbox"/>	
Vacumm <input type="checkbox"/>		No aplica <input type="checkbox"/>		Momento desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>INDIC. PRINC. PARTO OPER. O INDUCC. (Ver Anexo)</b>					
<input type="checkbox"/> No hubo					
<b>EPISIOTOMIA:</b> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>					
<b>DESGARROS :</b> <input type="checkbox"/> No hubo <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III/IV <input checked="" type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>					
<b>ALUMBRAM. :</b> Manual <input type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/>					
<b>PLACENTA :</b> Incompleta <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/>					

<b>Atención</b>		<b>PARTO O LEGRADO</b>		<b>NEONATO</b>	
<b>NIVEL :</b>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Primario <input type="checkbox"/>		Médico <input type="checkbox"/>		Parto o Legrado uterino atendido por:	
Secundario <input type="checkbox"/>		Obstetriz <input type="checkbox"/>			
Terciano <input type="checkbox"/>		Interno <input type="checkbox"/>			
Domiciliario <input type="checkbox"/>		Enfermera <input type="checkbox"/>			
Otros <input type="checkbox"/>		Aux. de Enfermería <input type="checkbox"/>			
		Estudiante <input type="checkbox"/>		Neonato atendido por :	
		Empírica o partera <input type="checkbox"/>			
		familiar <input type="checkbox"/>			
		Otros <input type="checkbox"/>			

<b>No. HC RN :</b> _____	
<b>NOMBRE RN :</b> _____	

<b>Recién nacido</b>			
<b>Sexo:</b> Fem. <input type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/>		<b>Peso:</b> <input type="text"/> g <input type="checkbox"/> < 2500 g	
		<input checked="" type="checkbox"/> < 1500 g	
<b>Talla:</b> <input type="text"/> mm		<b>P. Cef.:</b> <input type="text"/> mm	
		<b>Temp.:</b> <input type="text"/> C	
<b>Edad por Ex. Físico:</b> <input type="text"/> sem <input type="checkbox"/> < 37		<b>APGAR:</b> 4 - 6 <input type="checkbox"/> 0 - 3 <input type="checkbox"/>	
		1' <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>Peso x Edad Gestacional:</b>			
Adecuado <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/>		5' <input type="text"/> <input type="text"/>	

<b>Patologías Recién Nacido</b>		<b>Fecha:</b> / /		<b>Otras (CIE 10)</b>	
<b>Sin patologías</b> <input type="checkbox"/>				1: <input type="text"/>	
1. _____				2: <input type="text"/>	
2. _____					
3. _____					

<b>Examen VIH:</b> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/>	
<b>Reanimación Respiratoria:</b> No <input type="checkbox"/> Oxígeno <input type="checkbox"/> Bolsa y Mascarilla <input type="checkbox"/> Intubac. endotra. <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>S.Luética RN VDRL/RPR</b> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/>	
<b>Exam. Físico</b> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	
<b>Alojamiento Conjunto:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Hospitalizac.:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Necropsia :</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>	
<b>Contacto piel a piel</b> <input type="checkbox"/>	

<b>Tipo de Sangre</b>	
<b>Grupo :</b> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/>	
<b>Rh :</b> Rh+ <input type="checkbox"/> Rh- <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/>	
<b>Vitaminas RN</b>	
<b>Vitamina K :</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Profilaxis Ocular :</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>BCG</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Polio</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

<b>Horas/días postparto o aborto</b>			
<b>Temperatura</b>			
<b>Pulso (latidos/minutos)</b>			
<b>Tens. Arterial max/min (mm.Hg)</b>			
<b>Involución uterina</b>			
<b>Características de Loquios</b>			
<b>Herida oper. (abdominal/periné)</b>			
<b>Observaciones</b>			

<b>Los códigos que se presentan corresponden a la clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 10 (CIE 10)</b>			
<b>PATOLOGIAS</b>	<b>CÓDIGOS</b>	<b>PATOLOGIAS</b>	<b>CÓDIGOS</b>
ANENCEFALIA Y MALT CONG SIMIL	Q00	KERNICTERUS	P57
ASFIXIA DEL NACIMIENTO	P21	LABIO LEPORINO	Q36
COAG INTRAVASC DISEM	P60	MALFORMACIONES ORGANOS GENITALES	Q50
CONJUNTIVITIS NEONATAL	P391	MALFORMACIONES SIST CIRCULATORIO	Q20
CONVULSIONES DEL RN	P90	MALFORMACIONES SIST DIGESTIVO	Q39
DEFORM CONGENIT CADERA	Q65	MALFORMACIONES SIST RESPIRATORIO	Q30
DIARREA	A09	MALFORMACIONES SIST URINARIO	Q60
DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE	Q250	MEMBRANA HIALINA	P22
EDEMA CEREB X TRAUMAT AL NAC	P110	MENINGITIS	G00
ENCEFALOCELE	Q01	NEUMONIA CONGENITA	P23
ENFERMEDAD HEMORR FETO/RN	P53	ONFALITIS RN C/S HEMORRAG LEVE	P38
ENFERMEDADES VIRALES CONGENITAS	P35	OTRA PATOLOGIA DEL RN	P9999
ENFIS INTERS Y OTRAS PERINAT	P25	OTRAS AFECC DE PIEL FETO/RN	P83
ENTEROCO NECROTIZ FETO/RN	P77	OTRAS AFECC DEL PERIODO PERINAT	P96
ESPIÑA BIFIDA	Q05	OTRAS ALTERA METAB-ELECTROL RN	P74
FETO/ RN AFFECT X ANEST-ANALG	P040	OTRAS APNEAS DEL RN	P284
FETO/ RN AFFECT X CORIOAMNIONITIS	P027	OTRAS ENF INFECC-PARASIT CONGEN	P37
FETO/ RN AFFECT X COMPCORD UMB	P025	OTRAS HEMORRAGIAS NEONATALES	P54
FETO/ RN AFFECT X COMPL MATER	P008	OTRAS MALFORMACIONES	Q99
FETO/ RN AFFECT X OLIGOHIDRAMNIO	P012	OTRAS OBSTRUCC. INTESTINALES RN	P76
FETO/ RN AFFECT X PARTO CON FORCEPS	P032	OTROS TRANST ENDOCR TRANSIT	P72
FETO/ RN AFFECT X PARTO CON VENTOSA	P033	OTROS TRANST HEMATOL PERINAT	P61
FETO/ RN AFFECT X POLIHIDRAMNIO	P013	OTROS TRANST PERINAT DIGESTIVOS	P78
FETO/ RN AFFECT X PROLAP CORD UMB	P024	OTROS TRAUMATISMOS DEL NACIM.	P15
FISURA PALADAR	Q35	PERDIDA DE SANGRE FETAL	P50
HEMORRIA CEREBRAL X TRAUM AL NAC	P101	PROBLEMA DE INGESTION ALIMENTOS	P92
HEMORRIA INTRACRAN NO TRAUMAT	P52	REACC E INTOXICAC X DROGAS	P93
HEMORRIA PULM PERINATAL	P26	RETARDO CRECIM Y DESNUT FETAL	P05
HEMORRIA UMBILICAL DEL RN	P51	RETINOPATIA DEL PREMATURO	H35
HERNIA INGUINAL	K40	SEPSIS BACTERIANA DEL RN	P36
HIDROCEFALIA	Q03	SIFILIS CONGENITA	A50
HIDROPES FETAL X ENF. HEMOLITICA	P56	SINDROME DE DOWN	Q90
HIPOCALCEMIA NEONATAL	P711	SINDROMES DE ASPIRACION NEONATAL	P24
HIPOGLICEMIA NEONATAL	P704	TAQUIPNEA TRANSITORIA	P221
HIPOMAGNESEMIA NEONATAL	P712	TETANOS NEONATAL	A33
HIPOTENSION SHOCK	P57	TRANS RELAC CON BPN	P07
HIPOTERMIA DEL RN	P80	TRANS X EMB PROLONG Y SOBREPESO	P08
HIPOXIA INTRAUTERINA	P20	TRANS CARDIOVASC PERINATAL	P29
ICTERICIA NEO X CAUSAS NO ESPECIF	P59	TRANST TONO MUSCULAR RN	P94
ICTERICIA NEO X HEMOLISIS EXCESIVAS	P58	TRAUMA CUERO CABELLUDO AL NACER	P12
ILEO MECONIAL	P75	TRAUMA ESQUELETO AL NACER	P13
INCOMPATIB ABO FETO/RN	P551	TRAUMA SIST NERVIOSO PERIFERICO	P14
INCOMPATIB RH FETO/RN	P550		

Egreso RN      Fecha y Hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_:\_\_\_\_

Egreso Sano ☐ Con Patología ☐ Traslado ☐ Fallece ☐ No Aplica ☐

Dx. Fallecim. : ..... ☐

Dx. Traslado : ..... ☐

Establ. Trasl. : ..... ☐

Alimento ☐ Pecho Solo ☐ Pecho y Artificial ☐ Artificial Solo ☐ No Aplica ☐

Peso : 

--	--	--	--

 g

Reingreso RN Fecha y Hora : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_

Reingreso : No ☐ Si ☐

Diagnóst. : .....

Fecha egreso : ..... / ..... / ..... : .....

Egreso : Sano ☐ Con Patología ☐ Traslado ☐ Fallece ☐ No Aplica ☐

Dx. Fallecim. : ..... ☐

Dx. Traslado : ..... ☐

Establ. Tranl. : ..... ☐

Control del RN : Si ☐ No ☐ Fecha : ...../...../.....

Egreso Materno Fecha y Hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_

<b>Egreso</b>	Sano	<input type="checkbox"/>	Con Patología	<input type="checkbox"/>	Traslado	<input type="checkbox"/>	Fallece	<input type="checkbox"/>	No Aplica	<input type="checkbox"/>
<b>Dx. Fellecim.</b>	:	.....						<input type="checkbox"/>		
<b>Dx. Traslado</b>	:	.....						<input type="checkbox"/>		
<b>Establ. Trasl.</b>	:	.....						<input type="checkbox"/>		
<b>Anticonceptivos</b>										
<b>Abstinencia Peródica</b>	:	<input type="checkbox"/>	<b>Progestág. Inyectables</b>	:	<input type="checkbox"/>					
<b>Condón</b>	:	<input type="checkbox"/>	<b>Progestág. Orales</b>	:	<input type="checkbox"/>					
<b>DIU</b>	:	<input type="checkbox"/>	<b>Sólo Consejería</b>	:	<input type="checkbox"/>					
<b>Ligadura Tubaria</b>	:	<input type="checkbox"/>	<b>Ninguno</b>	:	<input type="checkbox"/>					
<b>MELA</b>	:	<input type="checkbox"/>	<b>Otro</b>	:	<input type="checkbox"/>					

Reingreso Materno Fecha y Hora : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_

Reingreso : No ☐ Si ☐

Diagnóst. : .....

Fecha egreso : ..... : .....

Egreso : Sano ☐ Con Patología ☐ Traslado ☐ Fallece ☐

Dx. Fallecim. : ..... No Aplica ☐

Dx. Traslado : ..... ☐

Establ. Trasl. : ..... ☐

Control Puerperal : Si ☐ No ☐ Fecha : ...../...../.....

**INDICACIONES AL ALTA:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

**EPICRISIS:**

---

---

---

---

---

## INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION

Sin Dato	RETARDO CRECIMIENTO INTRAUTERINO	DESPREND. PLACENTA NORMO INSERTA
CESÁREA ANTERIOR.	PRETÉRMINO	ROTURA UTERINA
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	POSTÉRMINO	TOXEMIA (EPH/GESTOSIS)
DESproporción FETO-PÉLVICA	PRESENTACIÓN PODÁLICA	HERPES GENITAL
ALTERACIÓN DE LA CONTRACTILIDAD	VARIEDADES POSTERIORES	CONDILOMATOSIS GENITAL
PARTO PROLONGADO	SITUACIÓN TRANSVERSA	OTRA ENFERMEAD MATERNA
FRACASO DE INDUCCIÓN	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	MORTINATO
DESCENSO DETENIDO DE PRESENTAC.	SOSP. O CERTEZA INFECCION OVUL	AGOTAMIENTO MATERNO
EMBARAZO GEMELAR	PLACENTA PREVIA	OTRAS

MEDICACION	MEDICAMENTOS	MEDICACION	MEDICAMENTOS	MEDICACION	MEDICAMENTOS
<b>ANESTESIA LOCAL</b>	BUPIVACAINA	<b>ANTIHIPERTENSIVO</b>	ANTAGONISTAS DEL CALCIO	<b>SANGRE</b>	PAQUETE GLOBULAR
<b>ANESTESIA REGIONAL</b>	LIDOCAINA Y SIMILARES		ATENOLOL		PLAQUETAS
	BUPIVACAINA		CAPTOPRIL	<b>ANTICONVULSIONANTE</b>	PLASMA
	LIDOCAINA Y SIMILARES		HIDRALAZINA		DIFENILHIDANTOINA
<b>ANESTESIA GENERAL</b>	LIDOCAINA-BUPIVACAINA		METILDOPA		SULFATO DE MAGNESIO
	ETER		NITROPRUSIATO DE SODIO	<b>OTRA MEDICACION</b>	AMINAS SIMPATOMICOMETICAS
	HALOTANO	<b>ANTIBIOTICO</b>	AMIKACINA		AMINOFILINA
	KETAMINA CLORHIDRATO		AMOXICILINA		ANTIESPASMODICOS
	OXIDO NITROSO		AMPICILINA		ANTIPROSTAGLANDINAS
<b>ANALGES. TRANQUIL.</b>	TIOPENTAL SODICO		AMPICILINA-GENTAMICINA		BETA BLOQUEANTES
	ACIDO ACETIL SALICILICO		CEFALOS PORINAS		BETA MIMETICOS
	CODEINA		CEFALOS PORINAS-AMINOGLUCOC.		BLOQUEANTES MUSCULARES
	DIAZEPAM		CLORANFENICOL		CARDIOTONICOS
	IBUPRUFENO		ERITROMICINA		CORTICOIDES
	METAMIZOL		GENTAMICINA		DIURETICOS
	MORFINA		PENICILINA		HEPARINA
	PARACETAMOL		PENICILINA-GENTAMICINA		INSULINA
	PETIDINA (MEPERIDINA)		PENICILINA-GENTAMICINA-CLORANFE.		METRONIDAZOL
<b>OXITOCINA</b>	OXITOCINA				PROSTAGLANDINAS